720/05

Den 1. april 2005 blev i sag nr. 64.364:

xxxxx xxxx xxxxxx
xxxxxxxxx
xxxxx xxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxx x
xxxx xxxxxxxxxxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der har gruppelivsforsikring i Danica Pension, klager over, at selskabet har ændret forsikringen ved at indsætte en rygklausul.

Under henvisning til forsikringsaftalelovens § 6 har selskabet med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunkt indsat en rygklausul.

Som en del af sit engagement med klagerens bank tegnede han i september 1998 en gruppelivsforsikring, der dækker ved tab af erhvervsevne som følge af sygdom eller ulykkestilfælde, hvis erhvervsevnen nedsættes med mindst 2/3. Ved en nedsættelse med mellem 1/2 og 2/3 udbetales den halve forsikringsydelse.

Af helbredserklæring underskrevet af klageren den 17/9 1998 fremgår bl.a.:

"1.

Har De inden for de sidste 10 år været undersøgt/behandlet af egen læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende?

Ja ☐ Nej ☒

2.
Har De nogensinde været syg eller sygemeldt i længere tid end 1 måned?
Ja ☐ Nej ☒

3.
Har De inden for de sidste 10 år lidt af nogen alvorlig sygdom?
Ja ☐ Nej ☒ "

Selskabet antog herefter forsikringen på normale vilkår.

I forbindelse med klagerens ansøgning om udbetaling af gruppeinvaliderente blev det oplyst, at klageren i 1994, 1995 og 1996 havde søgt læge på grund af ryggener. Endvidere var han blevet behandlet hos en kiropraktor den 18/11 1994 på grund af sine ryggener. Såfremt dette havde været oplyst, ville forsikringen ifølge selskabet - på baggrund af en udtalelse af 17/12 2001 fra GE Frankona Reinsurance A/S - være blevet tegnet med en rygklausul med følgende ordlyd:

"Forsikringen dækker ikke præmiefritagelse og tab af arbejdsevne, hvis arbejdsevnen nedsættes som følge af en lidelse i ryggen (fra nakke til haleben). Lidelser i ryggens muskler, sener eller nerver, der giver symptomer i hoved, nakke, ryg, arme eller ben, er heller ikke dækket."

En navngiven medarbejder fra klagerens bank har i skrivelse af 10/6 2002 til selskabet bl.a. anført:

"Som ved andre forsikringstegninger gennemgik jeg også med S.E.J. [klageren] via brochure gruppeinvaliderentens regler og betingelser. Han fandt forsikringen fornuftig og fordelagtig, og vi blev enige om at oprette en aftale.

Med hensyn til udfyldelsen af forsikringsbegæringer har jeg som kutyme at lade kunderne efter vejledning selv udfylde formularen - enten i banken eller derhjemme. Jeg kan ikke huske, hvor begæringen fra S.E.J. blev udfyldt, men det er ikke min måde at afkrydse på, ligesom det heller ikke er min håndskrift, som er på begæringen.

Med disse bemærkninger mener jeg at kunne tilbagevise advokatens fremførte påstande om manglende vejledning og at skemaet er udfyldt af undertegnede."

I skrivelse af 18/9 2002 til selskabet har medarbejderen fra banken videre anført:

"Til advokatens bemærkninger om, at dateringen ikke er påført af samme person, som har skrevet under som forsikringssøgende, kan forklaringen være, at forsikringsbegæringen ved indleveringen er gennemgået sammen med forsikringssøgende for nødvendig udfyldelse af blanketten, og der af en ekspederende medarbejder i samråd med forsikringssøgende er anført dato m.m. og kontoførende afdelings stempel."

Af klageskrivelsen fremgår bl.a.:

"For Forsikringsankenævnet nedlægges påstand om, at selskabet har været uberettiget til at lade gruppeinvaliderenten fortsætte med den nævnte klausul, og dermed er selskabet forpligtet til at fortsætte forsikringen uden klausul.

Baggrunden for klagen er følgende:

I 1998 tegnede S.E.J. efter initiativ fra en bankrådgiver i Den Danske Bank, Aa., en gruppeinvaliderente tilknyttet hans kapitalpension. Forsikringen blev tegnet i forbindelse med en låneoptagelse, hvor bankens medarbejder opfordrede til tegning af den pågældende forsikring ud fra den betragtning, at den var 'god at have'.

Der blev ikke i forbindelse med forsikringens tegning givet nogen selvstændig vejledning, ligesom forsikringsbegæringen ikke på forhånd havde været udleveret. Der udfyldtes vedlagte forsikringsbegæring (bilag ..). Spørgsmålene som fremgår af forsikringsbegæringen blev ikke gennemgået enkeltvis. Skemaet blev afkrydset af Den Danske Banks medarbejder og alle rubrikker i forespørgselsskemaet blev afkrydset i en arbejdsgang. Dette synspunkt underbygges af den måde, som afkrydsningerne er foretaget på.

Udfyldningen af skemaet er efter min klients opfattelse sket i strid med god forsikringsskik. For det første burde S.E.J. have været særskilt vejledt og for det andet burde afkrydsning ikke være sket af medarbejderen.

Ved modtagelsen af ansøgningen om tegningen af gruppeinvaliderente må det endvidere have stået Danica Pension klart, at besvarelse af spørgsmål 1 ud fra en overordnet betragtning var ufyldestgørende. Baggrunden herfor er, at alle personer indenfor de sidste 10 år har været i kontakt med en eller flere af de behandlere, som er omtalt i spørgeskemaet. I forbindelse med antagelsen af forsikringen burde dette spørgsmål være søgt uddybet, alternativt har der i tegningssituationen påhvilet bankmedarbejderen en ganske særlig uopfyldt pligt til at søge spørgsmålet uddybet.

Hertil kommer, at spørgsmålene, herunder spørgsmål 1, er udformet så enkelt, at en normal forsikringstager alene vil besvare spørgsmålene bekræftende ved diagnosticerede sygdomme. På tegningstidspunktet havde S.E.J. ingen diagnosticeret lidelse.

S,E.J. har efterfølgende fået lænderygsmerter. Han har i den anledning anmeldt lidelsen over for den tegnede forsikring og anmodet om udbetaling af forsikringsydelse. Danica Pension har i den anledning afvist udbetaling af forsikringsydelser under anbringende af, S.E.J. ved tegningen af forsikringen ikke har afgivet fyldestgørende helbredsoplysninger, jfr. FAL § 6. Danica Pension har endvidere efter forespørgsel til bankmedarbejderen afvist, at forsikringsbegæringen har været udfyldt af bankens medarbejder. Selskabet indtager således det standpunkt, at bankens medarbejder ikke har været involveret i rådgivningen i forbindelse med udfyldelsen af forsikringsbegæringen.

Selskabets argumentation svækkes af, at forsikringsbegæringen på side 3 på nogle punkter er udfyldt maskinelt.

S.E.J. fastholder, at begæringen er udfyldt af bankens medarbejder og at han loyalt har videregivet alle oplysninger.

Dette forhold kan ud fra en overordnet betragtning, alene søges afklaret ved en bevisførelse for Domstolene, en bevisførelse der ud over vidneforklaring naturligt vil omfatte en grafologisk undersøgelse samt afhøring af den pågældende medarbejder hos Den Danske Bank.

Det har været min og min klients holdning, at denne bevisførelse ikke kan finde sted ved Ankenævnet for Forsikring. Der er derfor ansøgt om fri proces. Afslag på fri proces er meddelt med den begrundelse, at sagen først skal indbringes for Ankenævnet for Forsikring, hvilket herved sker.

Min klient har endvidere for Domstolene ønsket at føre bevis for, at han ikke lider af nogen forsikringsmedicinsk relevant lidelse samt, at selskabet uanset de påberåbte helbredsoplysninger ville have tegnet forsikringen, alternativt at de oplysninger som påberåbes, er ophørt med at have betydning for selskabet."

I skrivelse af 7/7 2004 til nævnet har klagerens advokat endvidere bemærket, at selskabet har bevisbyrden for, at forsikringen ikke ville have været antaget uden klausul. Advokaten gør gældende, at selskabet ikke har løftet denne bevisbyrde ved påstanden om, at forsikringen ikke ville have været tegnet. Af skrivelsen fremgår videre:

"Selskabet bør over for Ankenævnet for Forsikring alene kunne godtgøre dette ved gennem skriftligt internt materiale at dokumentere, at forsikringen ikke ville have været tegnet. Dette bør ske gennem fremlæggelse af de dele af den gule eller blå bog, som selskabet påberåber sig, alternativt andet internt materiale. Påberåbelse af en udtalelse fra Bedømmelsesforeningen bør alene kunne tillægges vægt, hvis det samtidig gives forsikringstageren (forbrugeren) mulighed for at kontrollere, om indplaceringen har været korrekt. Bedømmelsesforeningen og selskabets påberåbelse af, at indplaceringen har været korrekt bør i sig selv ikke være tilstrækkelig til at dokumentere, at forsikringen ikke ville have været antaget."

Selskabet har i skrivelse af 14/7 2004 til nævnet bl.a. gjort gældende, at der objektivt er afgivet urigtige oplysninger, og at dette kan tilregnes klageren som mindst uagtsomt. Ved at indhente en vurdering af antagelsesvilkårene fra GE Frankona Reinsurance A/S mener selskabet, at det har påvist på hvilke vilkår, at det ville have tegnet forsikringen,

om de rette forhold havde været oplyst. Selskabet har videre oplyst, at den helbredsmæssige antagelse blev foretaget med udgangspunkt i reglerne hos GE Frankona Reinsurance A/S. Skrivelsen var vedlagt en beskrivelse af bedømmelsessystemet hos GE Frankona Reinsurance A/S. Af skrivelsen fremgår videre:

"Den maskinelt udfyldte del af begæringen angår fastsættelsen af forsikringstagerens fareklasse, og spørgsmålene angår på ingen måde helbredsspørgsmål, hvorfor den maskinelle udfyldelse af disse spørgsmål på ingen måde er en indikation af, at helbredsspørgsmålene skulle være udfyldt af bankmedarbejderen. I forlængelse heraf bemærkes det, at medarbejderen normalt udfylder spørgsmålene om fareklasse og efterfølgende gennemgår svarene med kunden.

…

På basis af den rygklausul, som nu er indsat på forsikringen, er forsikrede ikke berettiget til udbetaling af forsikringsydelsen for den nuværende ryglidelse.

Forsikringstageren påberåber sig desuden, at besvarelsen af spørgsmålene ikke er urigtig, da disse - ifølge hans påstand - skulle være udfyldt af bankmedarbejderen. Der er intet i sagen, der indikerer, at spørgsmålene skulle være udfyldt af bankmedarbejderen, jf. udtalelse fra E.V.D. [Danica bilag C]. Hertil skal det endvidere bemærkes, at uanset hvem, der måtte have sat krydsene, så har forsikringstageren skrevet under på, at oplysningerne er korrekte. Desuden har forsikringstageren skrevet under på, at han er bekendt med konsekvenserne af urigtige oplysninger.

Når forsikringstageren har besvaret spørgsmålet på en måde, der fremstår som fuldstændig og endelig, kan det ikke disculpere, at forsikringsselskabet ikke har søgt at indhente yderligere modsatrettede oplysninger. Dette gælder uanset, hvad eventuelle statistikker, som forsikringstagerens advokat henviser til, måtte vise. Det bemærkes, at der ikke ses at være fremlagt dokumentation for denne påstand.

Der er endvidere intet i spørgsmål nr. 1, der berettiger til at antage, at dette spørgsmål udelukkende angår diagnoser. Tværtimod burde det have stået klart, at spørgsmålet ikke udelukkende angik diagnosticerede lidelser, når man ser spørgsmålet i sammenhæng med de efterfølgende spørgsmål. Det bemærkes yderligere, at medarbejderen i banken hverken har haft anledning eller pligt til at søge svaret på

spørgsmål nr. 1 uddybet, da den forsikringsmæssige antagelse foretages af Danica Pension.

Danica Pensions vurdering

Der er objektivt set afgivet urigtige oplysninger, og dette må tilregnes forsikrede som mindst uagtsomt. Da Danica Pension har påvist på hvilke vilkår, Danica Pension ville have tegnet forsikringen, hvis de rette forhold havde været oplyst ved tegningen, er det Danica Pensions vurdering, at det er med rette, at vi har anfægtet forsikringen.

Det er desuden Danica Pensions opfattelse, at da forsikrede har skrevet under på, at oplysningerne er korrekte, så kan sagen afgøres uden den af forsikredes advokat ønskede bevisførelse.

Danica Pension kan således ikke imødekomme klagen."

I skrivelse af 31/8 2004 til nævnet har klagerens advokat fastholdt, at selskabet ikke har løftet bevisbyrden og har bl.a. henvist til, at selskabet gennem skriftligt internt materiale skulle kunne dokumentere, at forsikringen ikke ville have været tegnet. Denne dokumentation har selskabet ifølge advokaten ikke løftet ved at fremlægge skrivelsen fra GE Frankona Reinsurance A/S.

Selskabet har i skrivelse af 19/10 2004 til nævnet gjort gældende, at det allerede har dokumenteret på hvilke vilkår, at selskabet ville have tegnet forsikringen, om de rette forhold oprindeligt havde været oplyst. Som yderligere dokumentation har selskabet vedlagt udskrift fra antagelsessystemet LUIS i GE Frankona Reinsurance A/S.

Hertil har klagerens advokat i skrivelse af 10/11 2004 til nævnet bl.a. anført:

"Det fremgår ikke umiddelbart af bilagene, hvorledes disse skal forstås.

Umiddelbart fremtræder bilaget således, at forsikringen alene ville være antaget til forhøjet præmie eller med klausul, hvis forsikringstageren som følge af rygsmerter havde været sygemeldt i et interval over eller under 10 dage.

Min klient har ikke været sygemeldt som følge af ryggener. Der har ikke været egentlige sygdomsperioder og kontakt til egen læge kan ikke sidestilles hermed.

I en 3-årig periode forud for forsikringens tegning har min klient alene været i kontakt med egen læge en gang på grund af rygsmerter. Lægges dette til grund fremgår det af det fremsendte bilag, at forsikringen ville været tegnet til forhøjet præmie.

Tilsvarende gælder hvis det lægges til grund, at der har været de 3 kontakter, som selskabet påberåber sig.

Hvis der foretages en vurdering fra tidspunktet, hvor forsikringsbegivenheden anmeldes er det endvidere mit standpunkt, at forholdet er ophørt med at have betydning for selskabet, jfr. FAL § 9.

Det fremsendte dokumenterer som det fremgår af det ovennævnte, at selskabet ville have tegnet forsikringen uden klausul."

I skrivelse af 30/11 2004 til nævnet har selskabet fastholdt sin afgørelse. Endvidere har selskabet oplyst, at det er selskabets opfattelse, at oplysningerne på ingen måde er ophørt med at have betydning. Skrivelsen var vedlagt en udtalelse af 30/11 2004 fra GE Frankona Reinsurance A/S, hvoraf det bl.a. fremgår:

"Vi har i vores responsum af 17. december 2001 lagt til grund, at der forud for forsikringens tegning har været 3 tilfælde af ryggener.

Vi er derfor gået ud fra bedømmelsen ved 3-4 antal gange. Ifølge det oplyste har der været <10 sygedage som følge af ryggener. 0 sygedage svarer til <10 dage i henhold til LUIS.

Da forsikrede som følge af sit erhverv, elektriker, er indplaceret i fareklasse 2, og der er tale om en privattegnet ordning, hvor der ikke tilbydes præmieforhøjelse, ville dette som det fremgår af den fremsendte udskrift af LUIS have bevirket, at forsikringen kun kunne tilbydes mod klausul for hele ryggen."

Klagerens advokat har i skrivelse af 20/12 2004 til nævnet bl.a. anført:

"Der henvises til det i min skrivelse af 10. november 2004 anførte, hvoraf fremgår, at min klient i en 3-årig periode forud for forsikringens tegning alene har været i kontakt med egen læge en gang på grund af rygsmerter.

På baggrund af det fremsendte materiale må det herefter lægges til grund, at forsikringen ville have været tegnet uden klausul.

Det fremgår ikke af det fremsendte, at der er grundlag for at indplacere min klient i et interval, hvorefter der har været lægekontakt 3-4 gange i de seneste 3 år forud for forsikringens tegning.

Det fremgår heller ikke, at der er grundlag for at foretage indplacering af min klient i fareklasse II, ligesom det ikke er dokumenteret, at forsikringen ikke ville kunne have været tegnet til forhøjet præmie.

Denne dokumentation foreligger ikke.

Selvom dokumentationen måtte foreligge, må det lægges til grund, at det forhold som selskabet påberåber sig er ophørt med at have betydning jfr. FAL § 9. Der har ikke på anfægtelsestidspunktet været relevante ryggener, idet selskabet ville have antaget forsikringen uden klausul alternativt til forhøjet præmie, hvis forsikringen var begæret tegnet på anfægtelsestidspunktet."

Endelig har selskabet i skrivelse af 29/12 2004 til nævnet anført følgende:

"Vi skal præcisere, at det afgørende for indplacering i GE Frankona Re's bedømmelsessystem er antallet af symptomfri år forud for oprettelsen - over eller under 3 år - og ikke antallet af lægekontakter 3 år forud for forsikringstegningen jf. Danica bilag D og E."

Nævnet udtaler:

Efter nævnets opfattelse er der afgivet urigtige oplysninger om klagerens helbred, idet begæringens spørgsmål 1 er besvaret objektivt forkert. Nævnet finder det ikke godtgjort, at begæringens helbredsspørgsmål er udfyldt af bankens medarbejder, men selv om dette skulle være tilfældet, finder nævnet, at forholdet kan tilregnes klageren som en forsømmelse, da han burde indse, at svaret var forkert, da han gennemlæste begæringen og skrev den under.

Idet nævnet ikke finder anledning til at betvivle, at selskabet - såfremt forholdene omkring ryggenerne havde været oplyst - kun ville have tegnet forsikringen på de nu tilbudte vilkår, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har ændret forsikringen som sket.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen